



**Nombre del alumno: Elvin Caralampio
Gómez Suárez**

**Nombre del profesor: Dra. Arely
Alejandra Aguilar Velasco**

Nombre del trabajo: Ginecología

Materia: Ginecología y obstetricia

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 6

Grupo: "C"

Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de julio de 2025.

INTRODUCCIÓN:

La salud reproductiva de la mujer constituye un pilar fundamental dentro de la medicina obstétrica, no solo por su impacto en la salud física y emocional de la paciente, sino también por sus implicaciones en salud pública, planificación familiar y calidad de vida. En este contexto, el abordaje clínico, diagnóstico y terapéutico de patologías frecuentes como el aborto, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) reviste una importancia vital tanto en la formación médica como en la atención integral a la mujer.

En primer lugar, el aborto, entendido como la pérdida del embarazo antes de la viabilidad fetal (<20 semanas o peso fetal <500 g), representa una de las causas más frecuentes de consulta obstétrica. Su abordaje implica distinguir entre diferentes tipos: amenaza de aborto, aborto incompleto, inevitable, retenido y completo. A su vez, se debe diferenciar el aborto espontáneo del aborto inducido, el cual puede ser terapéutico o voluntario. Cada tipo de aborto conlleva desafíos particulares en cuanto a diagnóstico, manejo farmacológico, indicaciones quirúrgicas y seguimiento, incluyendo el uso racional de misoprostol, mifepristona, y procedimientos como el legrado uterino o la aspiración manual endouterina (AMEU).

Por otro lado, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno endocrino-metabólico que afecta entre el 5 y el 10 % de las mujeres en edad reproductiva y que se caracteriza por anovulación crónica, hiperandrogenismo y ovarios con morfología poliquística. Se trata de una afección heterogénea que no solo impacta la fertilidad, sino que también predispone a comorbilidades como resistencia a la insulina, obesidad, dislipidemia y mayor riesgo cardiovascular. Su diagnóstico se establece mediante los criterios de Rotterdam, y el tratamiento depende del fenotipo clínico de la paciente, pudiendo incluir agentes inductores de la ovulación como el letrozol, anticonceptivos combinados y metformina.

Finalmente, la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es un grupo de entidades que derivan de una proliferación anormal del trofoblasto placentario, incluyendo la mola hidatidiforme completa o parcial, la mola invasora y neoplasias trofoblásticas como el coriocarcinoma. Aunque su incidencia ha disminuido en muchos países gracias al diagnóstico temprano, sigue siendo una patología de alta relevancia clínica debido a su potencial maligno, rápido crecimiento y necesidad de seguimiento con β -hCG hasta la negativización. Su diagnóstico requiere una combinación de ultrasonido, niveles hormonales y análisis histopatológico, y el tratamiento puede incluir evacuación uterina con succión, quimioterapia (metotrexato, actinomicina D) y vigilancia estricta posterior.

Estos tres cuadros clínicos, aunque distintos en su etiología y evolución, tienen en común su profundo impacto en la salud reproductiva, la necesidad de un diagnóstico temprano y preciso, y la importancia de un tratamiento multidisciplinario. El presente trabajo busca sintetizar de manera integral los aspectos más relevantes de cada uno de estos temas, permitiendo una comprensión comparativa que favorezca la toma de decisiones médicas fundamentadas.

1. Aborto (espontáneo, amenaza, inducido)

| ASPECTO | Aborto espontáneo | Amenaza de aborto | Aborto inducido |
|---------------------------|--|--|---|
| Definición | Pérdida espontánea antes de 20 semanas o feto <500 g | Hemorragia vaginal con cérvix cerrado antes de 20 sem | Terminación intencional antes de viabilidad fetal |
| Clasificación | <ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Inevitable • Retenido • Recurrente | | <ul style="list-style-type: none"> • Terapéutico • Médico • Quirúrgico |
| Factores de riesgo | <ul style="list-style-type: none"> • Edad materna >35–40 • Anomalías cromosómicas • >paridad • Concebir <3 meses post-parto • Fetales: Genético: Trisomía 21 • Maternos: Cafeína >500 mg, tabaco, hipotiroidismo, DM, ITS (clamidia, sífilis, gonorrea), anticonceptivos, trauma abdominal y alcohol | <ul style="list-style-type: none"> • Fetales: Genético: Trisomía 21 • Maternos: Cafeína >500 mg, tabaco, hipotiroidismo, DM, ITS (clamidia, sífilis, gonorrea), anticonceptivos, trauma abdominal y alcohol | Depende del método; legales/sociales |
| Incidencia | Reconocidos clínicamente en 11-26 % (12% <20a; 26% >40a) | 20–25 % de embarazos tempranos | Variable según región/legalidad |
| Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • USG • β-hCG seriados • Progesterona • Evaluación de sangrado/contracciones | <ul style="list-style-type: none"> • USG transvaginal 20 SDG y vaginal >20SDG • Progesterona • EGO • Urocultivo • Perfil tiroideo | Confirmar embarazo, luego método elegido |

| | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> BH | |
| Tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> Cerclaje cervical: Fuerza de manera quirúrgica y se coloca sutura en bolsa de tabaco | <ul style="list-style-type: none"> Progesterona: 100-200 mg día (mantiene quiescencia uterina) Indometacina: <37 SDG | <ol style="list-style-type: none"> QUIRURGICO: <ul style="list-style-type: none"> AMEO: <12 SDG Dilatación del cuello uterino y evacuación: 14-15 SDG Laparotomía: histerectomía o hileotomía Aspiración (legrado por succión): <12 SDG Dilatación y extracción: 16 SDG Aspiración menstrual: 1-3 días de la última menstruación MEDICAMENTOS: <ul style="list-style-type: none"> Mifepristona: 200-600 ugVO Misoprostol 800 ug vaginal cada 3 h. o 200-600 ug VO Metotrexato: 50 mg/m² IM + misoprostol en 3-7 días Dilatadores: <ul style="list-style-type: none"> Lamina Japonica SINTETICO: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lamicel: Sulfato de magnesio ✓ Dilapa: Acrilico |
| Seguimiento | <ul style="list-style-type: none"> β-hCG hasta < normal USG si hay duda Observar complicaciones sépticas o sangrado | <ul style="list-style-type: none"> Reevaluación hCG & USG Valoración ADVERT. de ETOPIA o | <ul style="list-style-type: none"> Control de sangrado hCG hasta negativo |

| | | | |
|--|--|---------------------|--|
| | | aborto inminente | <ul style="list-style-type: none">• Asesoría post-aborto |
|--|--|---------------------|--|

2. Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)

| ASPECTO | DETALLE |
|---------------------------|---|
| Definición | Trastorno endocrino caracterizado por anovulación crónica, hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos en imagen |
| Factores de riesgo | <ul style="list-style-type: none"> • IMC≥35 • Genética • Menarca temprana <12 años • Historia familiar • Resistencia a la insulina • Obesidad • Edad reproductiva temprana |
| Incidencia | <ul style="list-style-type: none"> • 3-7% Mujeres en edad reproductiva • 60-80% Mujeres con hiperandrogenismo • 6% en México |
| Diagnóstico | <ol style="list-style-type: none"> 1. USG transvaginal 2. Clínica 2 o 3 signos: <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos menstruales • Hiperandrogenismo • Ovarios ≥12 quistes de 2–9 mm o volumen ovárico >10 MI 3. Laboratorios <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de LH y FSH, progesterona <p>ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveles de FSH disminuidos y LH aumentados • CTG ≥200mg/dl • Perfil de lípidos • Nivel de prolactina • Testosterona • Progesterona <5 ug |
| Tratamiento | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dieta hipocalórica (1000-1500 kcal/día) 2. Ejercicio 30-40 minutos <ul style="list-style-type: none"> • BUSCA EMBARAZO: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Clomifeno 50-200 mg/día (estimula ovulación) ✓ Gonadotropina ✓ QX: Ovarian drilling • NO BUSCA EMBARAZO: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Análogos de progesterona (3-6 meses): ESPIRONALOCTONA 100-200 mg/día <p>➤ INOSITOL (mejora la calidad de los ovulosy resistencia a la insulina)</p> |
| Seguimiento | <ul style="list-style-type: none"> • Ciclos menstruales • Reevaluar metabolismo • Descartar complicaciones • Seguir con tx e inositol • Hormonas reproductivas • Ultrasonido ovárico • Metabolismo glucídico y adversos cardiovasculares. |

3. Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG)

| ASPECTO | DETALLE |
|---------------------------|--|
| Definición | Grupo de entidades neoplásicas derivadas de trofoblasto: mola completa/fragmentaria, coriocarcinoma, quiste del sitio placentario, tumor trofoblástico de sitio placentario. |
| Clasificación | <ul style="list-style-type: none"> • Mola completa • Mola parcial • Coriocarcinoma • Tumor del sitio placentario • Lenosarcoma trofoblástico |
| Factores de riesgo | <ul style="list-style-type: none"> • Genética en mola hidatiforme: Diploia paternos • Extremadamente jóvenes (<20) o >35–45 años • Antecedentes de mola • Déficits nutricionales |
| Incidencia | <ul style="list-style-type: none"> • Mola completa 1:1000 • Mola parcial 1:3000 embarazos |
| Diagnóstico | <ol style="list-style-type: none"> 4. Clínica: sangrado vaginal, útero grande, hiperémesis, presión; niveles de β-hCG muy altos o persistentes 5. Eco: en racimos de uvas (mola), masa sin feto 6. Histología tras evacuación; evitar biopsia en sospecha de malignidad |
| Tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Mola: evacuación uterina (succión + curetaje). • Mola invasora/neoplásica: metotrexato \pm ácido folínico, acto inquirioterápico. • Coriocarcinoma: quimioterapia multi-fármaco si diseminado |
| Seguimiento | <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de 3, 6 hasta 1 año • β-hCG seriados hasta 3 ciclos negativos • Luego, medición post-embarazo (6 y 10 semanas) si hay nueva gestación • Evitar embarazo durante el seguimiento; métodos anticonceptivos eficaces |

CONCLUSIÓN

El análisis integral de los cuadros clínicos del aborto, el síndrome de ovario poliquístico y la enfermedad trofoblástica gestacional permite comprender no solo su frecuencia e importancia en la práctica obstétrica cotidiana, sino también las complejidades inherentes a su diagnóstico y tratamiento. Cada uno de estos padecimientos representa una entidad con múltiples presentaciones clínicas, factores de riesgo y opciones terapéuticas, lo cual obliga al profesional de la salud a tener una formación sólida y actualizada, como la que provee el compendio de *Williams Obstetricia* en su 23.^a edición.

El aborto, por ejemplo, continúa siendo una experiencia emocionalmente devastadora y clínicamente desafiante, en la que la distinción entre sus tipos y la toma de decisiones oportunas puede marcar la diferencia entre una recuperación adecuada o el desarrollo de complicaciones severas como infecciones, sangrados o infertilidad secundaria. Las nuevas estrategias terapéuticas con agentes farmacológicos como el misoprostol, así como los avances en técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, han permitido mejorar la seguridad y eficacia del tratamiento. Además, el enfoque humano y ético en el manejo del aborto inducido es esencial para garantizar el respeto a los derechos reproductivos de las pacientes.

En el caso del síndrome de ovario poliquístico, su carácter multifactorial y su relación con trastornos metabólicos lo convierten en una entidad que va más allá de la ginecología, involucrando endocrinología, nutrición y salud mental. La comprensión de su fisiopatología ha permitido desarrollar terapias más dirigidas, como el uso de inhibidores de la aromatasa, agentes sensibilizantes a la insulina y planes de estilo de vida que buscan no solo restaurar la fertilidad, sino mejorar la calidad de vida de las pacientes a largo plazo. Asimismo, el seguimiento constante es clave para evitar complicaciones crónicas como diabetes tipo 2, dislipidemias y cáncer de endometrio.

Por último, la enfermedad trofoblástica gestacional representa un modelo paradigmático de cómo una patología potencialmente letal puede ser curada en casi la totalidad de los casos cuando se diagnostica y trata a tiempo. La medición seriada de β -hCG, el uso estratégico de quimioterapia y el seguimiento prolongado han hecho de esta enfermedad una de las pocas neoplasias ginecológicas con tasas de curación cercanas al 100 %. Sin embargo, su manejo requiere disciplina, vigilancia estrecha y, muchas veces, acceso a recursos especializados que no están disponibles en todos los sistemas de salud, lo que plantea un reto adicional en contextos de bajos recursos.

En conclusión, la atención médica integral de estas entidades exige un enfoque clínico cuidadoso, humanizado y basado en la evidencia. El conocimiento profundo

de sus definiciones, clasificaciones, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, como se resume en este trabajo, constituye una herramienta indispensable para el médico en formación y para el profesional en ejercicio. En el futuro, se espera que la medicina personalizada, la inteligencia artificial y los avances biotecnológicos contribuyan a mejorar aún más la precisión diagnóstica y las alternativas terapéuticas, reforzando así la misión principal de la obstetricia: proteger la vida, la salud y la dignidad de la mujer en todas sus etapas reproductivas.

Bibliografía:

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2010). *Williams obstetricia* (23.^a ed.). McGraw-Hill Interamericana.